

Quarterly Journal of Health Psychology

Open
Access

ORIGINAL ARTICLE

Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety, Depression, and Stress in Patients with Ménière's Disease

Mahdi Rahmani¹, Mohsen Jalali^{2*} , Elnaz Puorahmadi³, Abdolsamad Nikan⁴

¹ Department of Health Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Golestan University, Gorgan, Iran.

³ Department of Psychology, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran.

⁴ Department of Psychology, Bandargaz Branch, Islamic Azad University, Bandargaz, Iran.

Correspondence

Mohsen Jalali

Email: Jalali.psycho@yahoo.com

How to cite

Rahmani, M, Jalali, M, Puorahmadi, Elnaz, Nikan, A. (2025). Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety, Depression, and Stress in Patients with Ménière's Disease. Quarterly Journal Of Health Psychology, 14(2). 63-80.

ABSTRACT

Objective: Patients with Ménière's disease often report experiencing various psychological challenges, including heightened levels of anxiety, depression, and stress. Despite these concerns, research addressing the treatment of psychological aspects in Ménière's disease remains limited. Individuals living with this condition face substantial difficulties, compounded by the absence of a definitive cure. A review of the literature, both within and outside Iran, highlights a scarcity of evidence supporting the efficacy of psychological interventions for this population. Furthermore, existing studies provide mixed findings regarding the effectiveness of schema therapy and cognitive-behavioral therapy (CBT) in alleviating anxiety, depression, and stress among these patients. This study aimed to address this gap by comparing the efficacy of schema therapy and CBT in reducing psychological symptoms in patients with Ménière's disease. **Method:** This quasi-experimental study employed a pre-test, post-test, and follow-up design to evaluate the interventions. The statistical population comprised patients diagnosed with Ménière's disease who exhibited comorbid depression and anxiety. From this population, 45 patients were selected using purposive sampling and assigned to three groups: schema therapy, CBT, and a control group. Participants were randomly distributed among these groups, with 15 patients in each. Inclusion and exclusion criteria ensured the selection of participants suitable for the study. The schema therapy group underwent intervention facilitated by the researcher in ten weekly group sessions, each lasting two hours over a 2.5-month period. The CBT group also participated in ten weekly two-hour sessions, administered by a therapist specializing in CBT. The control group received no therapeutic

intervention but participated in the pre-test, post-test, and follow-up assessments. Psychological outcomes were measured at baseline, immediately following the intervention, and one month post-intervention using the Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS). Data were analyzed using repeated measure variacnes. **Results:** The results revealed significant reductions in depression, anxiety, and stress among patients in both schema therapy and CBT groups compared to the control group at post-test and follow-up ($P < 0.05$). Notably, schema therapy demonstrated significantly greater efficacy than CBT in reducing depression ($P < 0.05$), while no significant differences were observed between the two therapies for anxiety and stress reduction ($P > 0.05$). These findings indicate that schema therapy was particularly effective in mitigating depressive symptoms during the follow-up phase, whereas both therapies were equally beneficial in addressing anxiety and stress relative to the control condition. **Conclusion:** This study underscores the effectiveness of schema therapy and CBT in alleviating psychological symptoms in patients with Ménière's disease. The findings suggest that these interventions may serve as valuable therapeutic approaches for improving the mental health of this population. Schema therapy, in particular, appears to offer superior benefits in reducing depressive symptoms. However, several limitations should acknowledged. The study's relatively small sample size and the geographic dispersion of participants posed logistical challenges. Additionally, the researcher's dual role as therapist for the schema therapy group may have introduced bias, potentially impac the double-blind rigor of the study. Future research with larger, more diverse samples and independent therapists recommended to validate findings and refine treatment strategies.

KEYWORDS

Schema Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Ménière's Disease.

نشریه علمی

روان‌شناسی سلامت

«مقاله پژوهشی»

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب افسردگی و استرس بیماران منبیر

مهدی رحمانی^۱، محسن جلالی^{۲*}، الناز پوراحمد^۳، عبدالصمد نیکان^۴

چکیده

مقدمه: بیماران منبیر مشکلات روان‌شناختی عدیده‌ای را گزارش می‌کنند درحالی‌که در جهت درمان و بهبود ابعاد روانشناسی این بیماران تلاش‌چندانی نشده است. لذا هدف مطالعه حاضر مقایسه میزان اثربخشی طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر افسردگی، اضطراب و استرس بیماران منبیر بود.

روش: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر بیماران منبیر مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود بود که از بین آن‌ها، ۴۵ بیمار با توجه به معیارهای ورود و خروج با روش نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی به سه گروه رفتاردرمانی شناختی، طرح‌واره درمانی و کنترل اختصاص داده شدند. هر سه گروه قبل، بعد از مداخله و یک ماه بعد از مداخله با مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس مورد ارزیابی قرار گرفتند. در نهایت داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج کاهش معنادار در افسردگی، اضطراب و استرس بیماران منبیر گروه‌های آزمایش نسبت به کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد ($P < 0/05$). همچنین بین گروه طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی در کاهش افسردگی به نفع طرح‌واره درمانی تفاوت معنادار نشان داده شد ($P < 0/05$) اما در دیگر متغیرها تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش یافت نشد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مداخلات طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم روان‌شناختی بیماران منبیر مؤثر است. نتیجه این پژوهش و پژوهش‌های مشابه می‌تواند در حوزه‌های تشخیصی و درمانی بیماران منبیر مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی

طرح‌واره درمانی، رفتاردرمانی شناختی، منبیر.

^۱ گروه روانشناسی سلامت، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.
^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه گلستان، گرگان، ایران.
^۳ گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.
^۴ گروه روان‌شناسی، واحد بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرگز، ایران.

نویسنده مسئول:

محسن جلالی

رایانامه:

Jalali.psycho@yahoo.com

استناد به این مقاله:

رحمانی، مهدی، جلالی، محسن، پوراحمد، الناز، نیکان، عبدالصمد، (۱۴۰۴). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب افسردگی و استرس بیماران منبیر. نشریه علمی روان‌شناسی سلامت، ۱۴(۲)، ۶۳-۸۰.

مقدمه

بیماری منییر^۱ یک اختلال گوش داخلی است که با حملات دوره‌ای سرگیجه شدید همراه با احساس پری گوش، کاهش شنوایی و وزوز گوش مشخص می‌شود (کوتلوبایف^۲ و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه مکانیزم پاتوفیزیولوژیک پذیرفته شده برای این بیماری بر اساس افزایش حجم فضای آندولنفاتیک (هیدروپس) قابل تبیین است؛ اما علت بیماری همچنان مورد بحث است و عوامل ژنتیکی و خودایمنی نیز به عنوان علل احتمالی مطرح شده‌اند (فرخو^۳ و همکاران، ۲۰۱۶). میانگین بروز سالانه‌ی این بیماری ۴٫۳ درصد در ۱۰۰٫۰۰۰ نفر است و در زنان ۱ تا ۳ برابر بیشتر از مردان است (تکسیرا و کاوالکانتی^۴، ۲۰۱۷). بیماری منییر به عنوان یک وضعیت ناتوان کننده، فعالیت‌های اجتماعی، خانوادگی، شغلی و بین فردی بیماران را مختل کرده و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد (پیکو^۵ و همکاران، ۲۰۱۸). علی‌رغم پیچیدگی مکانیسم‌های زمینه‌ای بیماری منییر، شواهد تجربی نشان می‌دهند که عوامل روان‌شناختی نقشی اساسی در درک و مدیریت آن ایفا می‌کنند (پاتل^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). غیرقابل پیش‌بینی بودن و نامحسوس بودن نسبی این بیماری در مقایسه با بیماری‌های مزمن شناخته شده‌تر نیز، بیمار را با احساس ناراحتی و ترس و استرس زیادی روبرو می‌کند (بیشاپ و آلن^۷، ۲۰۱۰).

در تعداد زیادی از بیماران منییر، اولین مجموعه از حملات سرگیجه و سپس وزوز گوش و ناشنوایی، پس از موقعیت‌های استرس‌زای تحمل‌ناپذیر زندگی و یا تنش بالا، آغاز می‌شود (اورجی و همکاران، ۲۰۱۴). وزوز گوش و سرگیجه ناشی از استرس نیز باعث ایجاد استرس بیشتر، اضطراب، افسردگی، اختلالات پانیک و رفتارهای اجتنابی می‌شوند و خودکارآمدی مدیریت بیماری را با مشکل روبرو می‌کند (بست^۸ و همکاران، ۲۰۰۲). طبق نظریه جسمی روانی اختلالات روانی مرتبط با بیماری مزمنی مانند منییر به عنوان پیامدهای فرآیند بیماری شناخته می‌شوند نه علت بیماری (کاتو^۹ و همکاران، ۲۰۰۴). تعامل بین استرس روانی، ویژگی‌های رفتاری و علائم بیماری منییر یک دور باطل ایجاد می‌کنند. این بیماران تمایل بیشتری به

ایجاد استرس در ویژگی‌های رفتاری خود دارند، اضطراب قوی‌تری احساس می‌کنند و علائم مرتبط با اضطراب شدیدتری نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند (فوجیتا^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۳). سطح پلازما هورمون‌های مرتبط با استرس در شرایط هیدروپس آندولنفاتیک، از جمله بیماری منییر، افزایش می‌یابد (جان^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۹) و تبع علائم روان شناختی در بیماری منییر می‌شوند.

این بیماران به دلیل علائم وستیبولار مانند حملات سرگیجه مکرر و غیرمنتظره دچار اضطراب و به علت کاهش کیفیت زندگی دچار افسردگی میشوند (کربی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۹؛ تجی و همکاران، ۲۰۲۱). طبق یافته‌های ون کرویجن و همکاران (۲۰۰۶) ۶۳٪ از بیماران مبتلا به بیماری منییر نشانه‌هایی از آسیب‌شناسی روانی مانند اضطراب و افسردگی نشان می‌دهند که با افزایش مدت بیماری سطح این هیجانات نیز افزایش داشت (تاکاهاشی و همکاران، ۲۰۰۱؛ اورجی، ۲۰۱۴). با توجه به اینکه مشکلات هیجانی کنترل و تحمل این بیماری را سخت‌تر می‌کند و با اثر منفی بر عملکرد و سبک زندگی، موجب افزایش مجدد استرس، اضطراب و فشارهای روانی و به تبع تشدید بیماری می‌شود (هوئینگ^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۰). لذا پیشگیری و درمان علائم هیجانی همبود با این بیماری کاملاً ضروری به نظر می‌رسد (لوکا^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۰). بهترین پیام در مواجهه با نبود درمان قطعی این بیماری این است که مشاوره و روان‌درمانی می‌تواند به طور مؤثری در کنار آمدن با این بیماری کمک کنند (فولر^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). روان‌درمانی یک رویکرد درمانی منطقی برای اختلالاتی است که عمدتاً با علائمی مانند سرگیجه، وزوز گوش و اختلالات سردرد، تعریف می‌شوند زیرا در اصل، این اختلالات بیشتر توسط وضعیت درونی فرد تعریف می‌شوند تا اندازه‌گیری‌های خارجی (لایچسنرینگ و اشتاینرت^{۱۶}، ۲۰۱۷).

یکی از پرکاربردترین و شناخته شده‌ترین این رویکردهای درمانی، رویکرد شناختی رفتاری است. درمان شناختی رفتاری، یک رویکرد روان‌درمانی است که به منظور کمک به افراد در شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتاری منفی طراحی شده

1. Meniere
2. Kutlubaev
3. Frejo
4. Teixeira & Cavalcante
5. Pyykkö
6. Patel
7. Bishop and Allen
8. Best
9. Kato

10. Fujita
11. Juhn
12. Kirby
13. Hoying
14. De Luca
15. Fuller
16. Leichsenring and Steinert

که درمانگر توصیه‌های لازم را انجام می‌دهد اما تعهد ناکافی بیمار در انجام تکالیف به روند درمان صدمه جدی می‌زند. به همین جهت درمان‌های روان‌شناختی دیگری با هدف کاهش نقاط ضعف و شکاف‌های درمان روان‌شناختی ایجاد شده‌اند که ازجمله‌ی آن‌ها طرح‌واره درمانی است.

طرح‌واره درمانی می‌تواند برای بهبود وضعیت بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن اثربخش باشد زیرا در این رویکرد اعتقاد بر این است که مشکلات روان‌شناختی شامل ترکیبات پیچیده‌ای از احساسات، شناخت، حس‌های بدن و خاطرات می‌باشد و هیجانات فرد با اتفاقات بیرونی یا درونی تحریک می‌شوند. به غیر از محرک‌های محیطی، تجربه قسمتی از یک ذهنیت می‌تواند باعث شود که کل ذهنیت مربوطه تحریک شود؛ برای نمونه، سردرد یا سرگیجه که جزء حس‌های بدنی محسوب می‌گردد، می‌تواند به‌صورت خودکار، حس ترس و رفتارهای اجتنابی را به عنوان بخشی از پکیج کامل یک ذهنیت را فعال کند، درحالی‌که روش سنتی رفتاردرمانی شناختی به‌صورت متوالی افکار، احساسات، احساسات بدن و رفتارها را پوشش می‌دهد اما ذهنیت به‌گونه‌ای عمیق‌تر تجارب هر چهار مورد (افکار، احساسات، احساسات بدن و رفتارها) را یک جا تحت کنترل درمی‌آورد و به‌جای تغییری صوری و مبتنی بر سطح علائم بر تغییر شخصیت متکی است (قریشی و همکاران، ۱۴۰۳). همچنان که اشاره شد زیرساخت‌های هیجانی در بیماری منبیر نقش اساسی دارند. افراد دارای سرگیجه و سردرد در دام ناراحتی‌های هیجانی گرفتار می‌شوند و الگوهای شناختی آن‌ها به الگوی خاصی از نشانگان شناختی-توجهی که شامل نگرانی، نشخوار فکری راهبردهای ناسازگار منجر می‌شود (کاتاروزولی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹)؛ بنابراین به نظر می‌رسد روش‌های درمانی جدیدتری مانند طرح‌واره درمانی که تأکید مستقیم بر هیجان و ریشه‌های آن دارد برای درمان این بیماری مناسب باشد. چهار مفهوم اساسی در طرح‌واره درمانی شامل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای، حالات خلقی و نیازهای هیجانی اساسی هستند (یانگ، ۲۰۰۳). در رویکرد طرح‌واره درمانی هدف شامل کاهش شدت حساسیت بدنی، تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرح‌واره، جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگارانه و تعدیل شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده‌ی طرح‌واره می‌شود (یانگ، ۱۳۸۸). نتایج مطالعه میرباقری،

است (جان^۱ و همکاران، ۲۰۱۳). درمان شناختی رفتاری شامل ترکیبی از چندین عنصر از جمله آموزش، مشاوره، مواجهه، آرام‌سازی و بازتوانی شنوایی می‌شود (جاستربوف^۲ و همکاران، ۲۰۰۴). درمان‌های شناختی رفتاری در بهبود علائم هیجانی بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن اثربخشی مثبت نشان داده‌اند (ولاچو^۳ و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از علت‌های اثربخشی رویکردهای مبتنی بر شناخت در بیماران مزمن، اختلال در عملکرد شناختی این بیماران است (دمیرهان، سلیمسوی^۴، ۲۰۲۲). مطالعات اخیر فواید بالقوه ادغام درمان شناختی رفتاری در مدیریت وزوز گوش و سرگیجه و تأثیر جامع آن بر بهزیستی روانی را برجسته کرده‌اند (مک کنا^۵ و همکاران، ۲۰۱۴؛ ژونگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر کاهش ناراحتی مرتبط با وزوز گوش و بهبود کیفیت کلی زندگی (بوکس^۷ و همکاران ۲۰۱۸، ۲۰۲۱ و ۲۰۲۳)، این رویکرد همچنین توانسته است ابزارهای مؤثری برای مدیریت اضطراب و افسردگی مرتبط با علائم بیماری منبیر همچون سرگیجه (کتابی و همکاران، ۱۴۰۳؛ هولمبرگ^۸ و همکاران، ۲۰۰۶) و وزوز گوش (یاموت^۹، ۲۰۲۴؛ بوکس و همکاران، ۲۰۲۲؛ بیوکز و همکاران، ۲۰۲۳، ۲۰۲۱؛ ۲۰۱۸؛ لی و همکاران، ۲۰۱۹) در اختیار افراد قرار دهد.

با وجود اینکه درمان شناختی رفتاری در درمان برخی بیماری‌ها نتایج مثبتی نشان داده است اما این انتقاد همواره بر روش‌های شناختی رفتاری وارد بوده است که این روش به افکار، احساسات، رفتارها و حس‌های فیزیکی به‌صورت موارد جدا از هم اشاره دارد (ولاچو و همکاران، ۲۰۲۰). این امر ممکن در میزان اثربخشی آن بر بیماری‌هایی که هم‌زمان بیمار با مشکلات فیزیکی و روان‌شناختی درگیر است اثر داشته باشد. برخی شواهد نیز وجود دارد که نشان‌دهنده‌ی اثربخشی کم یا بی‌اثر بودن این روش بر علائم جسمانی بوده است (ایبهدی، دلورث و ترنر^{۱۰}، ۲۰۱۴؛ هلموند^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین درمان شناختی رفتاری به دلیل تکلیف محور بودن ممکن است برای افرادی که شرایط پیچیده‌تری دارند مناسب نباشد. بدین صورت

1. Jun.
2. Jastreboff
3. Vlachou
4. Demirhan & Celebisoy
5. McKenna.
6. Zhong
7. Beukes.
8. Holmberg.
9. Yamout
10. Ehde, Dillworth & Turner
11. van Helmond

سیکل، رضایت فرد برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت‌نامه کتبی، تشخیص قطعی منیبر نوع خالص^۴ توسط پزشک متخصص گوش حلق و بینی؛ تشخیص اضطراب و افسردگی توسط روان‌پزشک و نمره بالاتر از خط برش در مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس و ملاک‌های خروج شامل اعتیاد به الکل و مواد مخدر، داشتن اختلالات شخصیت، سایکوز و وسواس، داشتن شرایط پزشکی جدی؛ آسیب مغزی، اختلال نورولوژیکی؛ داشتن اختلال شنوایی همراه با بیماری، داشتن بیماری مزمن علاوه بر منیبر، غیبت بیش از دو جلسه، عدم شرکت در مداخلات روان‌شناختی و دارویی و بی‌تیمایی به درمان بود.

پس از انتخاب نمونه ضمن دعوت از بیماران و ارائه توضیحات صادقانه در مورد هدف، مدت و روش انجام مطالعه و اطمینان بخشی در مورد محرمانه بودن اطلاعات، موافقت آگاهانه، به صورت رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دریافت و به آن‌ها اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آن‌ها کاملاً محرمانه نگهداری می‌شود و نتیجه طرح به صورت کلی بدون ذکر نام و مشخصات منتشر خواهد شد. در ضمن در طی مراحل پژوهش سعی شد هیچ‌گونه آسیبی به شرکت‌کنندگان در پژوهش وارد نشود و شرکت‌کنندگان برای حضور در درمان تحت فشار و اجبار نباشند و امکان ترک جلسه و یا انصراف از ادامه همکاری در پژوهش برای آن‌ها وجود داشته باشد. سپس شدت افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان پیش‌آزمون برای بیماران ثبت و نگهداری شد. در ادامه نمونه پژوهش به تصادف در سه گروه ۱۵ نفری (طرح‌واره درمانی، درمان شناختی رفتاری و کنترل)، جایگزین شدند. گروه مداخله طرح‌واره درمانی به مدت ده جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و با توالی هر هفته یک جلسه و به مدت دو ماه و نیم توسط محقق تحت درمان قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری نیز به مدت ده جلسه دو ساعته به شیوه گروهی و هفتگی و با توالی هر هفته یک جلسه و به مدت دو ماه و نیم توسط یک درمانگر مسلط به رویکرد شناختی رفتاری مورد مداخله‌ی درمانی قرار گرفتند. بیماران گروه کنترل هیچ مداخله‌ی درمانی دریافت نکردند و اعضای آن فقط در پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند. پس از اتمام جلسات و یک ماه پس از آن، بیماران دو گروه، مجدد مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را تکمیل کردند. جهت رعایت اصول اخلاقی دو هفته بعد از اتمام پژوهش، بیماران گروه کنترل نیز به انتخاب خود تحت یکی از

خسروی و اکرمی (۱۴۰۱) نشان داده است که طرح‌واره درمانی بر آشفتگی هیجانی و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به سرطان اثربخش بوده است). در مطالعه دیگر کپوف^۱ و همکاران (۲۰۲۰) به این نتیجه رسیدند که طرح‌واره درمانی در بهبود افسردگی بیماران مزمن مؤثر است. پیترز، وانپاسل و کرانز^۲ (۲۰۲۲) نیز در یک مطالعه‌ی مروری اثربخشی طرح‌واره درمانی بر انواع اضطراب‌ها تأیید کردند.

در نهایت با در نظر گرفتن شیوع بالای بیماری منیبر و سیر بروز و پیشرفت مشکلات و تأثیر منفی آن بر کیفیت زندگی و عملکردهای خانوادگی، اجتماعی و شغلی آنها، نیاز به درمانی مؤثر که بتواند مشکلات افراد مبتلا را کاهش دهد، احساس می‌شود. با توجه به اینکه مداخلات شناختی رفتاری و طرح‌واره درمانی، پشتوانه تجربی مناسبی در درمان اختلال‌های هیجانی به طور کلی مؤثر بوده است (بریدکین^۳ و همکاران، ۲۰۲۰)، مساله اساسی پژوهش حاضر این است که اثربخشی طرح‌واره درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر اضطراب، افسردگی، استرس بیماران مبتلا به منیبر چگونه است؟ و اینکه کدامیک از دو روش یاد شده مؤثرتر است؟

روش‌شناسی پژوهش

این مطالعه طرح نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری همراه با گروه کنترل با کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1403.192 مورد تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی ساری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی بیماران منیبر مبتلا به اضطراب و افسردگی بود که جهت دریافت خدمات درمانی به پلی کلینیک تخصصی گوش بیمارستان علوم پزشکی شهر مشهد مراجعه کردند. حجم نمونه پژوهش حاضر بر اساس حداقل حجم نمونه آماری برای مداخلات آزمایشی (۱۵ نفر برای هر گروه) و همچنین بر اساس جدول کوهن (با در نظر گرفتن حجم اثر متوسط مساوی ۰/۵، توان آزمون ۰/۸۰ و آلفای ۰/۰۵) برای هر گروه ۱۵ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش طرح‌واره درمانی، ۱۵ نفر درمان شناختی رفتاری و ۱۵ نفر گروه کنترل) و در مجموع ۴۵ نفر برآورد شد. که با روش دسترس مبتنی بر هدف و بر اساس ملاک‌های زیر انتخاب شدند: ملاک‌های ورود شامل دامنه سنی ۵۰-۱۸ سال، تحصیلات حداقل

1. Kopf-Beck

2. Peeters, van Passel & Krans

3. Bredicean

4. pure

روش‌های درمانی شناختی رفتاری یا طرح‌واره درمانی قرار گرفتند. خلاصه‌ای از طرح درمانی در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات طرح‌واره درمانی (میرباقری و همکاران، ۱۴۰۱)

اهداف جلسات	جلسه
جلسه اول:	برقراری ارتباط و همدلی، چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، عملکردهای طرح‌واره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
جلسه دوم:	معارفه و آشنایی با فرآیند گروه، آشنایی با قوانین و چهارچوب‌ها. ارزیابی وضعیت اولیه گروه، مفهوم‌سازی مشکل آزمودنی طبق رویکرد طرح‌واره محور
جلسه سوم:	اجرای پرسشنامه‌ها آشنایی و درک مفاهیم طرح‌واره درمانی و نحوه کاربرد آن، ریشه‌های تحولی و حوزه‌ای آن
جلسه چهارم:	تعریف طرح‌واره درمانی فراگیری دقیق و علمی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی شامل آزمون اعتبار طرح‌واره و تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره
جلسه پنجم:	تعریف طرح‌واره درمانی و معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. آشنایی با حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن، شناسایی حوزه‌های مختل طرح‌واره مربوطه
جلسه ششم:	معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شناخت پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی، نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها
جلسه هفتم:	آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد شناخت و تشخیص طرح‌واره‌های ناسازگار فردی، ایجاد فرصت برای شناسایی احساسات نسبت به والدین و کمک به بیرون ریختن عواطف بلوکه شده آن‌ها
جلسه هشتم:	اصلاح طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب، تسلیم و جبران افراطی
جلسه نهم:	استفاده از راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرح‌واره‌های ناسازگار، اجرای گفتگوی خیالی، شناسایی نیاز هیجانی ارضا نشده و تلاش علیه طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی
جلسه دهم:	استفاده از راهبردهای تجربی طرح‌واره درمانی جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای ناسازگار، تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل. آفرین و تمرین رفتارهای سالم تصویرسازی، ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط، بازنگری مزایا و معایب رفتارها. ارزیابی اثربخشی طرح‌واره درمانی، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

جدول ۲. محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری (کتابی و همکاران، ۱۴۰۳)

جلسه	محتوای جلسات
اول:	جلسه اول سلام و احوالپرسی و آشنایی اعضای گروه با همدیگر، بیان قوانین حاکم بر گروه و برقراری رابطه عاطفی میان اعضا و درمانگر
دوم:	ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی خود آیند و توضیح درباره خطاهای پردازشی
سوم:	آموزش ارزیابی مجدد افکار و چالش با افکار به عنوان راهکاری جهت مبارزه طلبیدن افکار
چهارم:	آموزش مدیریت خشم
پنجم:	آموزش شیوه حل مسئله
ششم:	آموزش مهارت‌های ارتباطی و ابراز وجود
هفتم:	آموزش مدیریت بر زمان
هشتم: جمع‌بندی	شامل مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل

لی و همکاران روایی پرسشنامه را در یک جمعیت ۱۳۸۷ نفری مورد ارزیابی قرار داده با استفاده از تحلیل عاملی با سه عامل اصلی تأیید کردند و ضریب پایایی با فرمول آلفای کرون باخ را معادل ۰/۷۱ تا ۰/۹۰ برای زیر مقیاس‌ها گزارش کردند (لی ۲ و همکاران، ۲۰۱۷). در مطالعه صاحبی و همکاران (۱۳۸۵) از مقیاس کیفیت زندگی به‌منظور بررسی اعتبار همگرایی پرسشنامه یاد شده استفاده گردید. به‌منظور سنجش پایایی از روش همسانی درونی و باز آزمایی استفاده شد ضرایب اعتبار همگرا با مقیاس کیفیت زندگی متوسط (بین ۰,۳ تا ۰,۵) و معنادار به دست آمد. ضریب آلفای کرون باخ برای ابعاد افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰,۷۰، ۰,۸۴ و ۰,۸۲ و ضرایب باز آزمایی برای ابعاد مذکور به ترتیب ۰,۷۹، ۰,۶۷ و ۰,۶۴ به دست آمد که قابل قبول می‌باشند.

در تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های از روش

در این پژوهش برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

۱: مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DASS21)^۱ جهت تعیین استرس، اضطراب و افسردگی بیماران استفاده شد. این مقیاس در سال ۱۹۹۵ توسط لایونوند و لایونوند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم است. فرم کوتاه دارای ۲۱ عبارت است که هریک از سازه‌های روانی «افسردگی»، «اضطراب» و «استرس» را توسط ۷ عبارت متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مطالعه فرم کوتاه مورد استفاده قرار گرفت. آزمودنی باید فراوانی علائم مطرح‌شده را در طول هفته گذشته با استفاده از یک مقیاس ۴ درجه‌ای (بین ۰ تا ۳) درجه‌بندی کند.

نفر در گروه آزمایش طرح‌واره درمانی، ۱۵ نفر در گروه آزمایش رفتاردرمانی شناختی و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. جدول ۳ در بر گیرنده میانگین و انحراف استاندارد سن بیماران منبیر در دو گروه آزمایش و گروه کنترل و جدول ۴ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد نمرات استرس، اضطراب و افسردگی بیماران در سه گروه، در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. نتایج ارائه شده در جدول (۳) نشان می‌دهد که F مشاهده شده مربوط به مقایسه میانگین سن بیماران در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل برابر (۱/۱۰) با درجه آزادی ۲ بوده که نشانگر عدم وجود تفاوت معنادار سن بیماران در سه گروه می‌باشد.

تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر به همراه آزمون تعقیبی بونفونی جهت مقایسه دو به دو گروه‌ها استفاده شد. ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده، همگنی واریانسها، کرویت داده‌ها بررسی شد. در این تحلیل نمره‌های پیش‌آزمون به عنوان متغیر کمکی یا هم تغییر برای کنترل اثرات آن بر روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری در نظر گرفته شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تمامی مفروضه‌های لازم قبل از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بررسی شدند.

یافته‌ها

تعداد کل آزمودنی‌های پژوهش ۴۵ نفر بودند که از این تعداد ۱۵

جدول ۳. مقایسه سن بیماران منبیر در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار	درجه آزادی	F	معنی‌داری
درمان شناختی رفتاری	۳۴/۲۱	۴/۱۹	۲	۱/۱۰	۰/۳۴
طرح‌واره درمانی	۳۳/۸۵	۵/۴۷	۳۹		
کنترل	۳۶/۵۰	۴/۹۲			

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد استرس، اضطراب و افسردگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
سن	درمان شناختی رفتاری	۱۴,۰۰ (۲,۴۴)	۱۱,۷۱ (۲,۴۹)	۹,۵۸ (۲,۶۸)
	طرح‌واره درمانی	۱۵/۰۷ (۲/۵۲)	۱۲/۴۲ (۲/۲۴)	۱۰/۳۵ (۲/۲۷)
	کنترل	۱۳,۳۵ (۲,۳۰)	۱۳,۱۴ (۲,۴۴)	۱۳,۲۸ (۲,۲۶)
افسردگی	درمان شناختی رفتاری	۱۰,۸۵ (۲,۳۱)	۸,۵۰ (۲,۰۶)	۶,۳۵ (۲,۰۶)
	طرح‌واره درمانی	۱۲/۷۱ (۲/۷۵)	۹/۷۱ (۲/۰۱)	۷/۵۷ (۱/۸۶)
	کنترل	۱۲,۰۰ (۳,۱۳)	۱۱,۸۵ (۲,۷۶)	۱۱,۷۸ (۲,۸۶)
اضطراب	درمان شناختی رفتاری	۱۰,۵۰ (۱,۹۱)	۸,۰۷ (۱,۶۸)	۶,۰۰ (۱,۶۶)
	طرح‌واره درمانی	۱۰/۰۷ (۲/۳۰)	۷/۴۲ (۱/۷۸)	۵/۲۱ (۱/۶۷)
	کنترل	۹,۵۷ (۲,۲۷)	۹/۵۸ (۱,۹۵)	۱۰,۰۰ (۱,۷۹)

نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در

چنانچه در جدول ۴ نیز مشاهده می‌شود میانگین نمرات افسردگی، اضطراب و استرس در پس‌آزمون گروه‌های آزمایش

مؤلفه‌ها دارای توزیع نرمال هستند ($P < 0.05$). همچنین عدم معناداری آزمون لوین برای متغیرها نشان داد که شرط برابری واریانس‌ها برای همه متغیرها رعایت شده است. با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جداول آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف جهت نرمال بودن متغیرها

	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	P	Z	P	Z	P	Z
افسردگی	۰.۵۳	۰.۹۳	۰.۵۱	۰.۹۵	۰.۴۹	۰.۹۶
اضطراب	۰.۴۰	۰.۹۹	۰.۵۵	۰.۹۲	۰.۶۲	۰.۸۳
استرس	۰.۶۷	۰.۷۶	۰.۶۲	۰.۸۳	۰.۷۲	۰.۶۶

جدول ۶. آزمون لون برای آزمون همگنی واریانس‌های خطا برای متغیرهای مطالعه

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
	P	F	P	F	P	F
استرس	۰.۰۶	۰.۹۳	۰.۳۹	۰.۶۷	۰.۰۹	۰.۹۰
اضطراب	۰.۸۵	۰.۴۳	۱.۵۰	۰.۲۳	۱.۹۰	۰.۱۶
افسردگی	۰.۳۵	۰.۷۰	۰.۱۴	۰.۸۶	۰.۱۴	۰.۸۶

۰/۰۰۱ معنادار بود، از شاخص گرین هاوس گیسر استفاده شد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آمده است. جدول ۷ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان ($P = 0.001, F = 92.00$) و زمان ($P = 0.001, F = 382.71$) از نظر گروه تفاوت معنادار ($P = 0.05, F = 3.69$) بود. برای متغیر اضطراب اثر تعاملی گروه × زمان ($P = 0.001, F = 103.58$) و زمان ($P = 0.001, F = 451.16$) و گروه ($P = 0.05, F = 6.33$) معنادار بود در خصوص افسردگی اثر تعاملی گروه × زمان ($P = 0.001, F = 141.70$)، زمان ($P = 0.001, F = 406.83$) و گروه ($P = 0.05, F = 8.74$) معنادار بود.

در این پژوهش به منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر کالموگروف اسمیرنوف برای هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. جهت بررسی برقراری/عدم برقراری مفروضه همگنی واریانس خطای متغیر در بین گروه‌ها، از آزمون لون^۱ استفاده و تأیید شد. نتایج آزمون مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته نشان داد ارزش آماره ام باکس برای اضطراب ($P = 0.67, F = 0.77$)، استرس ($P = 0.06, F = 3.12$) و افسردگی ($P = 0.06, F = 2.01$) معنادار نبود، بنابراین مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته تأیید می‌شود. شرط کرویت یا برابری ماتریس کوواریانس خطا با استفاده از آزمون موخلی^۲ ارزیابی شد. در مواردی که نتایج آزمون موخلی در سطح

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیر مستقل بر متغیرهای مطالعه

اثرات	مجموع مجزورات	میانگین مجزورات	F	η^2
استرس				
اثر گروه	۱۱۶/۳۹	۵۸/۱۹	۳/۶۵	۰,۱۵
اثر زمان	۲۰۹/۳۴	۱۱۹/۲۵	۳۸۲/۲۱	۰,۹۰
اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۰/۶۵	۲۸/۶۶	۹۲/۰۰	۰/۸۲
اضطراب				
اثر گروه	۲۳۶/۶۸	۱۱۸/۳۴	۶/۳۳	۰,۲۴
اثر زمان	۲۴۸/۴۴	۱۷۷/۲۹	۴۵۱/۱۶	۰,۹۲
اثر تعاملی گروه× زمان	۱۱۴/۰۷	۴۰/۷۰	۱۰۳/۵۸	۰/۸۴
افسردگی				
اثر گروه	۱۸۰/۱۱	۹۰/۰۵	۸/۷۴	۰/۳۰
اثر زمان	۲۱۹/۰۶	۱۲۸/۰۵	۴۰۶/۸۳	۰/۹۱
اثر تعاملی گروه× زمان	۱۵۲/۶۰	۴۴/۶۰	۱۴۱/۷۰	۰/۸۷

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر متغیرهای مطالعه

مقایسه‌ی زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
استرس			
پیش‌آزمون	۱,۸۳	۰,۱۱	۰,۰۰۱
پیش‌آزمون	۳,۱۴	۰,۱۳	۰,۰۰۱
پس‌آزمون	۱,۳۱	۰,۰۹	۰,۰۰۱
افسردگی			
پیش‌آزمون	۱,۴۷	۰,۷۰	۰,۰۰۱
پیش‌آزمون	۳,۳۳	۰,۱۲	۰,۰۰۱
پس‌آزمون	۱,۵۹	۰,۰۹	۰,۰۰۱
اضطراب			
پیش‌آزمون	۱,۹۵	۰,۱۱	۰,۰۰۱
پیش‌آزمون	۳,۴۲	۰,۱۴	۰,۰۰۱
پس‌آزمون	۱,۴۷	۰,۰۷	۰,۰۰۱
مقایسه‌ی زوجی گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
درمان شناختی رفتاری	طرحواره درمانی		
استرس	۰,۲۸	۰,۸۷	۰,۷۴
اضطراب	۱,۱۶	۰,۸۶	۰,۱۸
افسردگی	۱,۴۷	۰,۷۰	۰,۰۰۴
درمان شناختی رفتاری	کنترل		
استرس	۱,۸۸	۰,۳۰	۰,۰۳
اضطراب	۲,۱۴	۰,۹۴	۰,۰۲
افسردگی	۱,۴۵	۰,۷۰	۰,۰۴
کنترل	طرحواره درمانی		
استرس	۲,۱۶	۰,۷۲	۰,۰۱
اضطراب	۳,۳۱	۰,۹۴	۰,۰۰۱
افسردگی	۲,۹۲	۰,۷۰	۰,۰۰۱

در سطح ۰,۰۱ معنادار بود. مقایسه دو گروه نشان داد استرس (۰,۲۷) و اضطراب (۱,۱۶) در دو گروه متفاوت معنادار در سطح ۰,۰۵ نداشته‌اند. اما بین دو گروه مداخله از نظر میزان افسردگی (۱,۴۷) تفاوت معنادار به نفع طرحواره درمانی در سطح ۰,۰۵ مشاهده شد.

طبق نتایج به‌دست‌آمده در جدول آزمون تعقیبی تغییرات نمرات از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری برای متغیرهای اضطراب، افسردگی، استرس در سطح ۰,۰۰۱ معنادار بوده است. همچنین مقایسه گروه درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل برای هر سه متغیر استرس، اضطراب، افسردگی در سطح ۰,۰۵ تفاوت معناداری نشان داد. تفاوت میان دو گروه کنترل و طرحواره‌درمانی نیز در متغیرهای استرس، اضطراب و افسردگی

نتیجه گیری و بحث

هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی و رفتار درمانی شناختی بر استرس، اضطراب، افسردگی بیماران مبتلا به منییر بود. یکی از نتایج پژوهش این بود که درمان شناختی رفتاری بر اضطراب بیماران مبتلا به منییر اثربخش بوده و توانسته است اضطراب بیماران مبتلا به منییر را به طور معناداری کاهش دهد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های ولاچو و همکاران (۲۰۲۲)، لی و همکاران (۲۰۱۹)، بیوکیس و همکاران (۲۰۱۸) و الهی و همکاران (۱۴۰۲) همسو است.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بیماری منییر به دلیل ویژگی‌های مزمن، ناتوان‌کننده و غیرقابل پیش‌بینی بودن علائم خود، نظیر سرگیجه، وزوز گوش و افت شنوایی، معمولاً فشار روان‌شناختی قابل توجهی بر بیماران وارد می‌کند. این فشارها اغلب به شکل اضطراب ظاهر می‌شوند. درمان شناختی رفتاری از طریق رویکرد سیستماتیک به شناسایی و اصلاح افکار خودکار منفی، باورهای ناکارآمد و رفتارهای اجتنابی مرتبط با این فشارها می‌پردازد و بدین ترتیب، بر مدیریت جنبه‌های روان‌شناختی و روان‌تنی بیماری منییر تأثیر مثبت می‌گذارد.

همچنین یافته‌ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر افسردگی بیماران مبتلا به منییر اثربخش بوده است. بدین معنا که این رویکرد توانسته است میزان افسردگی را در بیماران کاهش دهد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات بوکس و همکاران (۲۰۲۲)؛ یاموت (۲۰۲۴)، مک‌کینا و همکاران (۲۰۱۴)؛ کتابی و همکاران، ۱۴۰۳؛ هولمبرگ^۱ و همکاران (۲۰۰۶) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت مکانیسم‌های اساسی اثرگذاری درمان شناختی رفتاری در بیماران منییر از دو جنبه روان‌شناختی و فیزیولوژیک قابل بررسی هستند. از جنبه روان‌شناختی، درمان شناختی رفتاری با کمک تکنیک‌هایی نظیر بازسازی شناختی، به بیماران می‌آموزد که افکار منفی مرتبط با احساس ناتوانی یا ناامیدی را شناسایی کرده و آنها را با باورهای منطقی‌تر جایگزین کنند. به عنوان مثال، افکاری نظیر "من هرگز قادر به کنترل علائمم نخواهم بود" با افکار منطقی‌تر مانند "علائم بیماری قابل مدیریت هستند و من می‌توانم آنها را بهتر کنترل کنم" جایگزین می‌شوند. این تغییر در باورها می‌تواند استرس، اضطراب پیش‌بینی‌محور و افسردگی ناشی از بیماری را کاهش دهد.

نتایج نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری بر میزان استرس

بیماران اثربخش بوده است. بدین معنا که شرکت کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری بعد از مداخله استرس کمتری گزارش کرده اند و کاهش استرس در مرحله ی پیگیر نیز ادامه داشته است. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات اشمید^۲ و همکاران (۲۰۱۵)؛ توشیشیگه^۳ و همکاران (۲۰۱۶)؛ یاموت (۲۰۲۴)؛ بوکس و همکاران (۲۰۲۲) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان به تکنیک‌هایی اشاره کرد که در درمان شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد. به ویژه تکنیک‌هایی که برای اثربخشی فیزیولوژیک طراحی شده اند می‌توانند در کاهش شاسترس نقش مهمی داشته باشند. درمان شناختی رفتاری با تکنیک‌هایی مانند تمرین‌های آرام‌سازی و آموزش مدیریت استرس، به تنظیم پاسخ‌های خودکار سیستم عصبی کمک می‌کند. استرس و اضطراب مزمن، که در بیماران منییر بسیار شایع هستند، معمولاً باعث افزایش فعالیت محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال می‌شوند و علائم جسمانی نظیر سرگیجه را تشدید می‌کنند. با کاهش فعالیت این محور از طریق آرام‌سازی و تغییر رفتارهای ناکارآمد، شدت علائم جسمانی بیماری کاهش می‌یابد.

یافته دیگر مطالعه حاضر این بود که طرحواره درمانی بر اضطراب بیماران مبتلا به منییر اثربخش بوده و توانسته است. اضطراب بیماران مبتلا به منییر را به طور معناداری کاهش دهد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های میرباقری و همکاران (۱۴۰۱)، فرهادی و همکاران (۲۰۲۲) و اونن و گونس^۴ (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این نتایج باید گفت طرحواره درمانی ترکیبی از درمان‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی‌محور و مبتنی بر تجربیات هیجانی است، که می‌تواند تأثیر قابل توجهی در کاهش اضطراب بیماران مبتلا به منییر داشته باشد. این بیماران معمولاً به دلیل ماهیت غیرقابل پیش‌بینی علائم و محدودیت‌هایی که این بیماری در زندگی روزمره‌شان ایجاد می‌کند، به الگوهای فکری و رفتاری ناکارآمدی دچار می‌شوند که از طرحواره‌های ناسازگار اولیه ناشی می‌شود. طرحواره‌درمانی با شناسایی و تعدیل این طرحواره‌ها، به بهبود جنبه‌های روان‌شناختی این بیماران کمک می‌کند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مانند "رهاشدگی"، "شکست"، و "بی‌اعتمادی"، در بیماران منییر به دلیل تجربیات منفی طولانی مدت ناشی از عدم کنترل بر علائم بیماری تقویت می‌شوند. این طرحواره‌ها اغلب به افکار و احساسات منفی مانند ناامیدی،

2. Schmid

3. Toshishige

4. Onen & Günes

1. Holmberg.

شرایط بیماری و تمرکز بر جنبه‌های مثبت و قابل کنترل زندگی، به آنها کمک می‌کند حس کنترل بیشتری را تجربه کنند. این بازسازی هویتی می‌تواند افسردگی ناشی از بیماری را کاهش دهد. در نهایت طرحواره‌درمانی از طریق رابطه‌ای مبتنی بر همدلی و حمایت عاطفی، محیطی امن برای بیماران فراهم می‌کند تا احساسات و تجارب خود را بدون قضاوت بازگو کنند. این رابطه درمانی، که بر اساس نظریه دلبستگی شکل می‌گیرد، به کاهش افسردگی ایجاد حس اطمینان کمک می‌کند.

نتایج پژوهش در مورد مقایسه تاثیر روش‌های طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری نشان داد دو گروه از نظر اثربخشی بر اضطراب و استرس تفاوت معناداری نداشتند. این نتیجه با یافته های پاک اندیش و جمهری (۱۳۹۹)؛ کیایی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان به شباهت‌های این دو روش در خصوص اثربخشی بر اضطراب و استرس اشاره کرد. هر چند دو رویکرد بر استرس و اضطراب از جنبه‌های گوناگون قابل بررسی است، زیرا این دو رویکرد با اهداف و ابزارهای متفاوتی عمل می‌کنند، اما می‌توانند نتایج مشابهی در کاهش استرس و اضطراب داشته باشند. به‌طور کلی، شباهت در اثربخشی این دو روش به دلیل تمرکز مشترک آن‌ها بر شناخت و تغییر الگوهای فکری و رفتاری ناسازگارانه و همچنین ایجاد مهارت‌های مدیریت استرس و اضطراب است. هر دو درمان تلاش دارند تا رفتارهایی را که باعث تداوم استرس و اضطراب می‌شوند، تغییر دهند. در نتیجه، فرد رفتارهای کارآمدتری را جایگزین رفتارهای ناکارآمد می‌کند.

همچنین نتایج نشان داد که اگرچه هر دو روش در درمان افسردگی بیماران منبیر موثر بودند اما بین دو روش به نفع طرحواره درمانی تفاوت معنی داری وجود داشت. این یافته با یافته‌های کارتر^۵ و همکاران (۲۰۱۸) و کوپک-بف^۶ و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. این نتیجه می‌تواند با چند عامل توضیح داده شود: اول اینکه طرحواره‌درمانی بر ریشه‌های عمیق‌تر و اولیه‌تر مشکلات روان‌شناختی متمرکز است. از آنجایی که بیماران مبتلا به منبیر ممکن است به دلیل ماهیت مزمن و تأثیرات استرس‌زای این بیماری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای مانند درماندگی یا محرومیت هیجانی را فعال کنند، درمانی که این طرحواره‌ها را هدف قرار می‌دهد می‌تواند اثرگذاری بیشتری داشته باشد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در طرحواره‌درمانی، توجه ویژه‌ای به هیجانات و تجربه‌های هیجانی می‌شود. این رویکرد می‌تواند به بیماران کمک

ترس از انزوا، یا احساس بی‌ارزشی منجر می‌شوند. طرحواره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های شناختی و هیجانی، به بیماران کمک می‌کند تا این طرحواره‌ها را شناسایی کرده و باورهای جایگزینی را که انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر هستند، ایجاد کنند. این تغییرات به کاهش اضطراب و افسردگی کمک می‌کند.

یافته دیگر مطالعه ی حاضر این بود که طرحواره درمانی براسترس بیماران مبتلا به منبیر اثربخش بوده و توانسته است استرس بیماران مبتلا به منبیر را به طور معناداری کاهش دهد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات آرنز و جاکوب^۱ (۲۰۱۷)؛ لیهی^۲ (۲۰۱۶)؛ آرنز و جاکوب^۳ (۲۰۱۷) همسو بود.

در تبیین این یافته میتوان گفت یکی از ویژگی‌های بیماران منبیر، حساسیت هیجانی شدید در برابر محرک‌های غیرقابل پیش‌بینی است. طرحواره‌درمانی از طریق تمرین‌های مبتنی بر تنظیم هیجان و کار بر روی خاطرات آسیب‌زا، حساسیت هیجانی بیماران را کاهش می‌دهد. این مسئله منجر به افزایش تحمل روانی در برابر استرس‌های مرتبط با بیماری می‌شود و احساس آرامش بیشتری در بیماران ایجاد می‌کند. از دیگر جنبه‌های مهم طرحواره‌درمانی این است که تقویت سبک‌های مقابله‌ای سازگارانه است. بیماران مبتلا به منبیر معمولاً از سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد، مانند اجتناب یا انفعال، برای مواجهه با مشکلات ناشی از بیماری استفاده می‌کنند. طرحواره‌درمانی، از طریق تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار (مثل اجتناب یا تسلیم) و تقویت سبک مقابله‌ای "مبارزه سالم"، به بیماران کمک می‌کند تا به جای اجتناب از موقعیت‌های استرس‌زا، به‌طور فعال با آنها مواجه شوند. این تغییر رفتاری به کاهش استرس و بهبود کیفیت زندگی آنها کمک می‌کند.

یافته ی دیگر مطالعه ی حاضر این بود که طرحواره‌درمانی بر افسردگی بیماران مبتلا به منبیر اثربخش بوده و توانسته است افسردگی بیماران مبتلا به منبیر را به طور معناداری کاهش دهد. این یافته با نتایج به دست آمده در مطالعات اونن و گونس^۴ (۲۰۲۱)؛ پیتز و همکاران (۲۰۲۲)؛ رنر^۴ و همکاران (۲۰۱۶) همسو بود.

در تبیین این یافته میتوان گفتاحساس ناتوانی و از دست دادن کنترل نیز از مسائل رایج در بیماران منبیر است که باعث می‌شود احساس درماندگی و افسردگی کنند. طرحواره‌درمانی با بازسازی باورهای مرتبط با هویت فردی و کمک به بیماران در پذیرش

1. Arntz & Jacob

2. Leahy

3. Arntz & Jacob

4. Renner.

5. Carter

6. Kopf-Beck, J.

اثر درمانی و مقایسه‌ی میزان ماندگاری دو روش مداخله صورت بگیرد. به دلیل جدید بودن مطالعاتی که در خصوص اثربخشی روان درمانی بر بیماری منییر صورت گرفته است پیشنهاد می‌شود اثربخشی رویکردهای مختلف در خصوص این بیماران بررسی و مقایسه شود. به دلیل نقش جنسیت و سن در این بیماری پیشنهاد می‌شود گروههای مختلف جنسیتی و سنی در مطالعات بعدی دسته بندی شده و از نظر میزان اثربخشی درمان مورد مقایسه قرار بگیرند. پیشنهاد می‌شود گروههای درمانی در خصوص علائم بیماری منییر و اثربخشی درمانهای شناختی رفتاری و طرحواره درمانی اطلاع رسانی شوند و برنامه های درمانی ویژه ای این بیماران طراحی و اجرا شود. پیشنهاد می‌شود روانپزشکان و پزشکان گوش، حلق بینی در خصوص اثربخشی درمانهای روانشناختی آگاهی‌های لازم را کسب کنند و از کمک و همکاری متخصصین و روانشناسان در جهت بهبود وضعیت سلامت بیماران بهره مند شوند.

سپاسگزاری

شایسته است در انتها از همکاری صادقانه جناب آقای دکتر رجعتی رئیس بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان قائم مشهد و سایر همکارانی در امر نمونه گیری همکاری داشتن و نیز شرکت کنندگان در این مطالعه تشکر نماییم.

کند تا هیجانات سرکوب شده یا نادیده گرفته شده خود را شناسایی و پردازش کنند، در حالی که درمان شناختی-رفتاری اغلب بر تغییر افکار و رفتارهای سطحی تر تمرکز دارد که ممکن است در برابر افسردگی ناشی از مشکلات مزمن جسمی، کمتر اثربخش باشد (آرنتز و جاکوب، ۲۰۱۳). بیماری منییر نیز یک اختلال مزمن و گاهی ناتوان کننده است که می‌تواند استرس و ناامیدی قابل توجهی را ایجاد کند. این شرایط ممکن است به افزایش طرحواره‌های منفی و واکنش‌های هیجانی پیچیده منجر شود. بنابراین، طرحواره درمانی که به طور ویژه به ساختارهای روان شناختی پایه‌ای تر می‌پردازد، ممکن است برای این گروه از بیماران مناسب تر باشد. در نهایت طرحواره درمانی رویکردی انعطاف پذیرتر دارد که می‌تواند به نیازهای خاص بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن پاسخ دهد. این انعطاف پذیری در تنظیم مداخلات ممکن است باعث شده باشد که بیماران به طور موثرتری به درمان پاسخ دهند

پژوهش حاضر اگرچه به دلیل کاربرد دو روش طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم هیجانی بیماران مبتلا به منییر، در نوع خود بدیع است، با این حال با محدودیت هایی چندی روبرو است. اول اینکه، روش نمونه گیری پژوهش حاضر روش نمونه گیری دردسترس بود به همین سبب تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام گیرد. همچنین همچنین محدودیت تعداد آزمودنی ها، عدم دوره پیگیری بلند مدت، عدم بررسی زیر گروه های بیماران منییر به دلیل کمبود آزمودنی و استفاده از پرسش نامه از دیگر محدودیت های این تحقیق بوده که با توجه به اینکه، پژوهش حاضر در ایران، مطالعه ای مقدماتی بوده، بدون تردید پژوهش های آتی با حذف این محدودیت ها و در طرح های تجربی متفاوت، می‌تواند گستره های تازه ای را در مورد تأثیر این دو رویکرد بر علائم هیجانی بیماران مبتلا به منییر در مقابل ما بگشاید. پیشنهاد می‌شود پیگیری های بلند مدت در خصوص بررسی میزان ماندگاری

References

- Abasi, I., Fard, A. S., Farzin, A., Lee, S., Arani, A. M., & Poursharifi, H. (2021). Psychometric Properties of Coronavirus Anxiety Scale in Iranian Population. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15(4) [10.32598/ijpcp.26.3482.1](https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.3482.1) (in persian)
- Arntz, A., & Jacob, G. (2017). Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach. John Wiley & Sons.
- Best, C., Eckhardt-Henn, A., Tschann, R., & Dieterich, M. (2009). Psychiatric morbidity and comorbidity in different vestibular vertigo syndromes: Results of a prospective longitudinal study over one year. *Journal of Neurology*, 256, 58–65. DOI: [10.1007/s00415-009-0038-8](https://doi.org/10.1007/s00415-009-0038-8)
- Beukes, E. W., Allen, P. M., Baguley, D. M., Manchaiah, V., & Andersson, G. (2018). Long-term efficacy of audiologist-guided internet-based cognitive behavior therapy for tinnitus. *American*

- journalofaudiology*, 27(3S), 431-447.
[doi:10.1044/2018_AJA-IMIA3-18-0004](https://doi.org/10.1044/2018_AJA-IMIA3-18-0004).
- Beukes, E. W., Andersson, G., Allen, P. M., Manchaiah, V., & Baguley, D. M. (2018). Effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy vs face-to-face clinical care for treatment of tinnitus. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*, 144(12), 1126-1133. DOI: [10.1001/jamaoto.2018.2238](https://doi.org/10.1001/jamaoto.2018.2238)
- Beukes, E. W., Andersson, G., Fagelson, M., & Manchaiah, V. (2021). Audiologist-supported internet-based cognitive behavioral therapy for tinnitus in the United States: A pilot trial. *American Journal of Audiology*, 30(4), 717-729. DOI: [10.1044/2021_AJA-20-00222](https://doi.org/10.1044/2021_AJA-20-00222)
- Beukes, E. W., Andersson, G., Fagelson, M., & Manchaiah, V. (2022). Internet-based audiologist-guided cognitive behavioral therapy for tinnitus: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e27584. DOI: [10.2196/27584](https://doi.org/10.2196/27584)
- Bishop, M., & Allen, C. A. (2010). Coping with epilepsy: Research and interventions. In Martz, E. & Livneh, H. (Eds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical and clinical aspects* (pp. 359-379). New York: Springer.
- Bredicean, A. C., Crăiniceanu, Z., Oprean, C., Riviș, I. A., Papavă, I., Secoșan, I., ... & Grujic, D. (2020). The influence of cognitive schemas on the mixed anxiety-depressive symptoms of breast cancer patients. *BMC Women's Health*, 20, 1-10. [doi:10.1186/s12905-020-00898-7](https://doi.org/10.1186/s12905-020-00898-7)
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-505. [doi:10.1016/j.jad.2013.06.034](https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.034).
- Demirhan, M. A., & Celebisoy, N. (2022). Cognitive functions in episodic vestibular disorders: Meniere's disease and vestibular migraine. *Journal of Vestibular Research*, (Preprint), 1-8. [doi:10.3233/VES-220025](https://doi.org/10.3233/VES-220025).
- Ehde, D. M., Dillworth, T. M., & Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153. [doi:10.1037/a0035747](https://doi.org/10.1037/a0035747).
- Farhadi, M., Pasandideh, M. M., & Vaziri, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 57-69. [doi:10.22070/cpap.2021.14285.1082](https://doi.org/10.22070/cpap.2021.14285.1082) (inpersian)
- Frejo, L., Giegling, I., Teggi, R., Lopez-Escamez, J. A., & Rujescu, D. (2016). Genetics of vestibular disorders: Pathophysiological insights. *Journal of Neurology*, 263 (Suppl. 1), S45-S53. DOI: [10.1007/s00415-015-7988-9](https://doi.org/10.1007/s00415-015-7988-9)
- Fujita, H., Ueda, K., Kageyama, H., Shiozaki, T., Inui, H., & Kitahara, T. (2023). Relationship between stress levels and endolymphatic space volume in Meniere's disease. *Auris Nasus Larynx*. <https://doi.org/10.1016/j.anl.2023.03.006>
- Fuller, T., Cima, R., Langguth, B., Mazurek, B., Vlaeyen, J. W., & Hoare, D. J. (2020). Cognitive behavioural therapy for tinnitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2020(1). DOI: [10.1002/14651858.CD012614.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012614.pub2)
- Goharshahi, R., Mafakheri, A. and mohammadipour, M. (2024). The Effect of Schema Therapy with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Self-Acceptance and Rumination in Women with Diabetes and Anorexia Nervosa. *Health Psychology*, 13(51), 7-20. [doi:10.30473/hpj.2024.70061.5978](https://doi.org/10.30473/hpj.2024.70061.5978) (inpersian)
- Goto, F., Nakai, K., Kunihiro, T., & Ogawa, K. (2008). Case report: a case of intractable Meniere's disease treated with autogenic training. *BioPsychoSocial medicine*, 2(1), 1-4. doi: [10.1186/1751-0759-2-3](https://doi.org/10.1186/1751-0759-2-3).

- Grewal, R., Spielmann, P. M., Jones, S. E. M., & Hussain, S. S. M. (2014). Clinical efficacy of tinnitus retraining therapy and cognitive behavioural therapy in the treatment of subjective tinnitus: A systematic review. *The Journal of Laryngology & Otology*, 128(12), 1028–1033. <https://doi.org/10.1017/S0022215114002630>
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of cognitive psychotherapy*, 25(4), 257-276. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257>
- Holmberg, J., Karlberg, M., Harlacher, U., Rivano-Fischer, M., & Magnusson, M. (2006). Treatment of phobic postural vertigo: A controlled study of cognitive-behavioral therapy and self-controlled desensitization. *Journal of Neurology*, 253(4), 500–506. DOI: [10.1007/s00415-005-0050-6](https://doi.org/10.1007/s00415-005-0050-6).
- Hoying, J., Melnyk, B. M., Hutson, E., & Tan, A. (2020). Prevalence and correlates of depression, anxiety, stress, healthy beliefs, and lifestyle behaviors in first-year graduate health sciences students. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(1), 49-59. [doi:10.1111/wvn.12415](https://doi.org/10.1111/wvn.12415).
- Jastreboff, P. J. (2024). The neurophysiological model of tinnitus and decreased sound tolerance. In *Textbook of Tinnitus* (pp. 231-249). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-35647-6_20.
- Jun, H. J., & Park, M. K. (2013). Cognitive behavioral therapy for tinnitus: Evidence and efficacy. *Korean Journal of Audiology*, 17(2), 101–104. <https://doi.org/10.7874/kja.2013.17.2.101>
- Kato, B. M., LaRouere, M. J., Bojrab, D. I., & Michaelides, E. M. (2004). Evaluating quality of life after endolymphatic sac surgery: The Ménière's disease outcomes questionnaire. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 25, 339–344. [doi:10.1097/00129492-200405000-00023](https://doi.org/10.1097/00129492-200405000-00023).
- Ketabi, M., & Mousavi asl, S. A. (2024). The Effectiveness of Stress Management Training based on Cognitive-Behavioral Theory on Reducing Emotional Problems, Sleep Quality and Intensity of Pain Experience in Women with Chronic Tension Headache. *Health Psychology*, 13(50), 97-114. [doi:10.30473/hpj.2024.69623.5950](https://doi.org/10.30473/hpj.2024.69623.5950) (in persian)
- Kiaee Rad H, Pasha R, Asgari P, Makvandi B. (2020). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women with emotional divorce. *Journal of Psychological Science*. 19(96), 1667-1682 URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-877-fa.html> (in persian)
- Kirby, S. E., & Yardley, L. (2009). Cognitions associated with anxiety in Ménière's disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 66, 111–118. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.05.027>
- Kopf-Beck, J., Zimmermann, P., Egli, S., Rein, M., Kappelmann, N., Fietz, J., ... & Keck, M. E. (2020). Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. *BMC psychiatry*, 20, 1-19. [doi: 10.1186/s12888-020-02880-x](https://doi.org/10.1186/s12888-020-02880-x)
- Kutlubaev, M. A., Pyykko, I., Hardy, T. A., & Gürkov, R. (2021). Ménière's disease. *Practical Neurology*, 21(2), 137-142. [doi:10.1136/practneurol-2020-002734](https://doi.org/10.1136/practneurol-2020-002734).
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82-88. <https://doi.org/10.1111/ap.12124>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2017). Is cognitive behavioral therapy the gold standard for psychotherapy? The need for plurality in treatment and research. *JAMA*, 318(14), 1323–1324. [doi: 10.1001/jama.2017.13737](https://doi.org/10.1001/jama.2017.13737).
- Li, J., Jin, J., Xi, S., Zhu, Q., Chen, Y., Huang, M., & He, C. (2019). Clinical efficacy of cognitive behavioral therapy for chronic subjective tinnitus. *American*

- journalofotolaryngology*, 40(2), 253-256
doi: [10.1016/j.amjoto.2018.10.017](https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2018.10.017)
- Li, Y., Pan, A., Wang, D. D., Liu, X., Dhana, K., Franco, O. H., ... & Hu, F. B. (2018). Impact of healthy lifestyle factors on life expectancies in the US population. *Circulation*, 138(4), 345-355.
doi: [10.1161/117.032047](https://doi.org/10.1161/117.032047).
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t01004-000>
- McKenna, L., Handscomb, L., Hoare, D. J., & Hall, D. A. (2014). A scientific cognitive-behavioral model of tinnitus: Novel conceptualizations of tinnitus distress. *Frontiers in Neurology*, 5, Article 196.
<https://doi.org/10.3389/fneur.2014.00196>.
- Mirbagheri, S. R., Khosravi, S., & Akrami, M. (2022). Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 9(5), 16-28.
doi: [10.32598/shenakht.9.5.16](https://doi.org/10.32598/shenakht.9.5.16). (inpersian)
- Onen, S., & Günes, A. (2021). Early Maladaptive Schemas, depression, distress and discomfort tolerance in migraine headache. *Archives of Clinical Psychiatry* (São Paulo), 47, 180-186. doi: [10.15761/0101-60830000000259](https://doi.org/10.15761/0101-60830000000259).
- Orji, F. T. (2014). The influence of psychological factors in Meniere's disease. *Annals of medical and healthsciences research*, 4(1), 3-7.
doi: [10.4103/2141-9248.126601](https://doi.org/10.4103/2141-9248.126601).
- Pakandish, S., Kraskyan, A., & Jomehri, F. (2020). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Quality of Life and Body Image of Obese Women. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 9(34), 20-32. magiran.com/p2178307 (inpersian)
- Patel, J. J., Levy, D. A., Nguyen, S. A., Rizk, H. G., & Meyer, T. A. (2020). Depression in Ménière's disease: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Laryngology & Otology*, 134(4), 293-301.
doi: [10.1017/S002221512000081X](https://doi.org/10.1017/S002221512000081X).
- Peeters, N., Van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579-597.
doi: [10.1111/bjc.12324](https://doi.org/10.1111/bjc.12324). Epub 2021 Jul 23.
- Pyykkö, I., Manchaiah, V., Zou, J., Levo, H., & Kentala, E. (2018). Relational quality, illness interference, and partner support in Ménière's disease. *International Journal of Audiology*, 57(1), 69-75.
[10.1080/14992027.2017.1367847](https://doi.org/10.1080/14992027.2017.1367847)
- Renner, F., Arntz, A., Peeters, F. P., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2016). Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 51, 66-73.
DOI: [10.1016/j.jbtep.2015.12.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.12.001).
- Sahibi, Ali, Asghari, Mohammad Javad, and Salari, Razia Sadat. (2005). Validation of depression, anxiety and stress test scale (DASS-21) for Iranian population. *Evolutionary Psychology (Iranian Psychologists)*, 1(4), 299-312. SID.
<https://sid.ir/paper/450626/fa> (inpersian)
- Schmid, G., Henningsen, P., Dieterich, M., Sattel, H., & Lahmann, C. (2015). Psychotherapy in patients with functional dizziness: A systematic review. *Journal of Neurology*, 262(12), 307-315.
<https://doi.org/10.1007/s00415-015-7906-7>
- Takahashi, M., Ishida, K., Iida, M., Yamashita, H., & Sugawara, K. (2001). Analysis of lifestyle and behavioral characteristics in Meniere's disease patients and a control population. *Acta Otolaryngologica*, 121, 254-256.
doi: [10.1080/000164801300043721](https://doi.org/10.1080/000164801300043721).
- Teggi, R., Finocchiaro, C. Y., Ruggieri, C., Gatti, O., Rosolen, F., Bussi, M., & Sarno, L. (2021). Alexithymia in patients with Ménière disease: A possible role on anxiety and depression. *Audiology Research*, 11(1), 63-72.
doi: [10.3390/audiolres11010008](https://doi.org/10.3390/audiolres11010008).

- Teixeira, L. S., & Cavalcante, A. M. G. (2017). *Ménière's Disease: Epidemiology*. In *Upto Date on Meniere's Disease*. IntechOpen. DOI: [10.5772/intechopen.69666](https://doi.org/10.5772/intechopen.69666)
- Toshishige, S., Arai, M., & Kitahara, T. (2016). Cognitive-behavioral therapy for chronic subjective dizziness patients: A pilot study. *Acta Oto-Laryngologica*, 136(3), 277–282. <https://doi.org/10.3109/00016489.2015.1110694>
- Tyrrell, J., White, M., Barrett, G., & Ronan, N. (2015). Mental health and subjective wellbeing of individuals with Ménière's: Cross-sectional analysis in the UK Biobank. *Otology & Neurotology*, 36(5), 854–861. doi: [10.1097/MAO.0000000000000732](https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000000732).
- van Helmond, S. J., van der Lee, M. L., van Woezik, R. A. M., Lodder, P., & de Vries, J. (2020). No effect of CBT-based online self-help training to reduce fear of cancer recurrence: First results of the CAREST multicenter randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, 29(1), 86–97. doi: [10.1002/pon.5233](https://doi.org/10.1002/pon.5233).
- Yamout, M. A. (2024). Cognitive behavioral therapy for tinnitus in adults: A review of efficacy in quality-of-life enhancement. *International Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery*, 13(5), 384–402. doi: [10.4236/ijohns.2024.135034](https://doi.org/10.4236/ijohns.2024.135034).
- Yang, J., Lo, W. L. A., Zheng, F., Cheng, X., Yu, Q., & Wang, C. (2022). Evaluation of cognitive behavioral therapy on improving pain, fear avoidance, and self-efficacy in patients with chronic low back pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain Research and Management*, 2022. doi: [10.1155/2022/4276175](https://doi.org/10.1155/2022/4276175).
- Yardley, L. (1994). Prediction of handicap and emotional distress in patients with recurrent vertigo: Symptoms, coping strategies, control beliefs and reciprocal causation. *Social Science & Medicine*, 39, 573–581. doi: [10.1016/0277-9536\(94\)90100-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90100-7).
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapy: A practitioner's guide*.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Vlachou, E., Ntikoudi, A., Owens, D. A., Nikolakopoulou, M., Chalimourdas, T., & Cauli, O. (2022). Effectiveness of cognitive behavioral therapy-based interventions on psychological symptoms in adults with type 2 diabetes mellitus: an update review of randomized controlled trials. *Journal of Diabetes and its Complications*, 108185. doi: [10.1016/j.jdiacomp.2022.108185](https://doi.org/10.1016/j.jdiacomp.2022.108185). Epub 2022 Mar 26.
- Zhong, C., Zhong, Z., Luo, Q., Qiu, Y., Yang, Q., & Liu, Y. (2014). The curative effect of cognitive behavior therapy for the treatment of chronic subjective tinnitus. *Lin Chuang er bi yan hou tou jing wai ke za zhi = Journal of Clinical Otorhinolaryngology, Head, and Neck Surgery*, 29(8), 709–711. PMID: 26248442